



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

DESCRIPCIÓN DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PADRES/MADRES CON
HIJOS/AS EN SITUACIÓN DE INSTITUCIONALIZACIÓN EN LA PROVINCIA DE
VALPARAISO

Autores:

Gabriela Ibáñez Aranda

Claudia Pizarro Zamorano

Seminario de Grado para optar al Grado de Licenciado en Psicología

Profesor Guía:

PS. Hugo Plaza Villarroel.

Viña del Mar, Chile.

2018.

Índice

Resumen	1
Abstract.....	2
INTRODUCCIÓN	3
Capítulo 1	5
1. Planteamiento del problema.	5
1.1 Relevancia.	9
1.2. Pregunta de investigación.....	12
1.3. Objetivos.	12
1.3.1. Objetivo General.	12
1.3.2. Objetivos Específicos.	12
Capítulo 2	14
Marco Teórico	14
2.1. Institucionalización por ingreso a residencias de protección.	14
2.2. Rol del Estado en la Internación.	15
2.3. Efectos de la institucionalización en Niños, Niñas y Adolescentes.	17
2.4. Familias y Roles.	18
2.5. Familias Multiproblemas y Multiestrés.....	19
2.6. Los padres/ madres o cuidadores y las competencias parentales.	21
2.7. Impacto Emocional y Pérdidas Significativas en la familia	23
Capítulo 3	28
Marco Metodológico.....	28
3.1. Metodología Cuantitativa.	28
3.2 Diseño.....	28
3.3 Tipo de Estudio.	29
3.4 Muestra.....	29
3.5 Instrumento.....	30

3.6 Procedimiento.....	31
3.7 Consideraciones Éticas.....	32
3.8 Plan de análisis.	33
Capítulo 4	35
4.1 Análisis descriptivo de la muestra.....	35
4.2 Resultados de la escala abreviada DASS 21 de Depresión, Ansiedad y Estrés.	36
4.3. Resultados Cruzados de las Variables Depresión, Ansiedad y Estrés.	38
4.4 Resultados sociodemográficos de la Muestra.	41
Capítulo 5	55
Conclusiones.....	55
5.1 Discusiones de resultados.....	55
5.2 Limitaciones del estudio.....	58
Referencias	59

Resumen

El objetivo de este estudio es, describir los niveles de ansiedad, depresión y estrés; en padres, madres o adultos significativos que tengan a un hijo(a) en situación de institucionalización. Efectuamos este estudio, utilizando una metodología cuantitativa de tipo descriptiva, se aplicó la escala abreviada del cuestionario de depresión ansiedad y estrés DASS-21, a 67 padres, madres o adultos significativos, los cuales fueron seleccionados en diversos hogares colaboradores del Servicio Nacional de Menores de la Quinta región de Valparaíso.

Investigaciones cualitativas previas dejan como evidencia efectos psicológicos y emocionales tanto en los niños que son los principales afectados, pero también no se logra abordar el sentir de estos padres frente a la institucionalización de sus hijos, temática no visibilizada actualmente en Chile. Para poder abordar de forma idónea este estudio fue necesario relacionar otro tipo de situaciones, donde padres vivencian la pérdida de un hijo como el eje central. Estas vivencias son: situaciones de salud crónicas, duelo o nido vacío, donde se generan sentimientos de ansiedad, culpa, miedo, estrés, ausencia, tristeza y depresión. Es relevante mencionar que, en estas situaciones, se excluyen las deficiencias en las competencias parentales, de padres que han vulnerado a sus hijos.

Los resultados arrojados por el cuestionario DASS 21, dejó en evidencia un alto nivel de estrés con un 94, 03%, en comparación con los otros resultados de las variables; depresión con un 77,6% y en el caso de la ansiedad con un 56,7%.

Palabras clave: institucionalización, pérdida, ansiedad, depresión y estrés.

Abstract

The objective of this study is to describe the levels of anxiety, depression and stress in parents, mothers or significant adults who have children in a situation of institutionalization. We carried out this study using a quantitative methodology of descriptive type, we applied the abbreviated scale of the questionnaire of depression anxiety and stress, DASS-21, to 184 fathers, mothers or significant adults, who were selected in various foster homes of the Servicio Nacional de Menores of the Fifth Region, Valparaíso. Previous qualitative research show psychological and emotional effects in children, who are the most affected, but fails to address the feelings of their parents facing the institutionalization of their children, a subject that is not currently visible in Chile. In order to adequately address this study, it is necessary to relate it to other situations, where parents experience the loss of a child as the central axis. These experiences are: chronic health situations, mourning or empty nest, where feelings of anxiety, guilt, fear, stress, absence, sadness and depression are generated. It is important to clarify that in these situations the deficiencies of parental competences in parents who have harmed their children are excluded.

The results of the DASS 21 questionnaire showed a high level of stress with a 90.6%, compared to other results of the variables; depression with a 71.9% and anxiety with a 68.8%.

Key words: Institutionalization, anxiety, depression, stress.

INTRODUCCIÓN

La presente Tesis de Grado intenta describir la presencia de depresión, ansiedad y estrés que se generan en padres/madres u otros adultos significativos a cargo de hijos(as) en situación de institucionalización, en la provincia de Valparaíso. Se utilizó el instrumento abreviado DASS 21, para la medición de estas variables, siendo hombres o mujeres de un rango etario de 18 a 70 años.

La metodología de esta investigación es de tipo cuantitativa, apuntando a que refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación, debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números y se deben analizar con método estadístico (Hernández, Fernández y Batista, 2014). También corresponde a una investigación de tipo descriptivo transeccional, no experimental, sometido a un análisis por medio del programa SPSS.

El servicio nacional de menores (Sename), es la entidad que tiene el Estado de Chile para brindar la protección de los derechos de los NNA, atendiendo a más de 194 mil casos en todo el país en el 2017, entre las áreas de adopción, protección de derecho y justicia juvenil. Los niños y adolescentes que reciben atención han sido enviados directamente por los Tribunales de Familia, vale decir, se encuentran judicializados.

La institucionalización en residencias de protección para niños, niñas y adolescentes en Chile, de 0 a 18 años, pretende resguardar transitoriamente todos aquellos casos en los que se vulneran gravemente los derechos de los NNA, principalmente por sus familias de origen. También es conocido el impacto psicológico que tiene esta situación en la vida de los niñas/as, y la vez para sus familias que a pesar de que son ellas mismas las que generan maltratos, se ven afectadas, así

lo mencionan autores como: Navarrete (2016), Díaz y Toro (2017), Morales (2012), Valbuena y Saldarriaga (2017).

En el contexto de institucionalización y refiriéndose a los padres/madres o adultos significativos que experimentan diferentes estados afectivos. Principalmente asociados a sentimientos respecto a sus capacidades, autoestima y relación con otras instancias que han intervenido en la relación que mantenían con sus hijos. Las familias pueden sentirse capaces o incapaces para el ejercicio de las tareas objetivamente determinables y observables que los conciernen: cuidados del niño, interacciones comportamentales, prácticas educativas, etc. Una familia separada de su hijo no solo debe reafirmarse en su función, es decir, que puede hacerse cargo responsablemente, sino que además debe dar pruebas, demostrar a la institución que tiene las capacidades para responder adecuadamente por el niño. Puede resultar aliviador para las familias que la institución u otra persona asuma el ejercicio de lo parental respecto de las tareas del cuidado y crianza del niño (Serracino, 2013).

Al no encontrarse evidencia empírica de esta temática es que se hace necesario abordar este estudio con otro tipo de situaciones, donde padres vivencian la pérdida de un hijo como eje central. Estas vivencias son: situaciones de salud crónicas, duelo o nido vacío, donde se generan sentimientos de ansiedad, culpa, miedo, estrés, ausencia, tristeza y depresión (Grau y Espada, 2012., Campbell y Figueroa, 2005., Rubiñoz, 2012., Rojas, 2013., Fernández, et al 2013). Es relevante mencionar que, en estas situaciones, se excluyen las deficiencias en las competencias parentales, de padres que han vulnerado a sus hijos y se encuentran en procesos judiciales.

Capítulo 1

1. Planteamiento del problema.

La institucionalización es una de las formas que tiene el Estado Chileno para garantizar el bienestar y la protección de la niñez abandonada y gravemente vulnerada, la internación de niños/as en residencias, es la atención a la infancia desvalida (Morales, 2012).

Legalmente en Chile para que un niño, niña y adolescente sea separado de sus padres biológicos implica tres situaciones como lo es la cesión, refiriéndose a padres que no se encuentran capacitados o en condiciones de hacerse cargo de forma responsable del niño con el fin de darlo en adopción, a través de un proceso judicial (principalmente en el embarazo); abandono, legalmente se refiere al tiempo en que el niño no recibe atención personal, afectiva o económica de sus padres y por último la inhabilidad parental, concepto que surge desde las pericias psicológica y social, del proceso judicial (Navarrete, 2016).

El accionar de las instituciones residenciales tiene un carácter bipartito: por un lado, se busca asegurar las condiciones fundamentales de vida y cuidados para los NNA mientras que al mismo tiempo se atiende su derecho de vivir en familia por medio de “intervenciones familiares integrales”. De esta forma el tiempo de institucionalización es entendido como un lapso de trabajo (Serracino, 2013).

“Una definición jurídica de un hogar corresponde a una residencia que acoge a menores de edad en forma *transitoria* y *excepcional*. Transitoria, en tanto se pretende que el niño pase el menor tiempo posible en esta institución, entendiendo que el lugar donde debe criarse un niño es en la institución familiar; y excepcional ya que es un recurso que debe adoptarse a falta de otra

medida menos invasiva o drástica que la separación de su familia de origen” (Curimil, 2014, p. 27).

En Chile la protección y cuidado de niños, niñas y adolescentes (NNA), está a cargo del Servicio Nacional de Menores (Sename), dependiente del Ministerio de Justicia, lo que se subdivide en las áreas de Justicia juvenil, área de Adopción y de Protección de Derecho, siendo esta última donde se encuentran diversas líneas de atención, entre las que se destacan, los Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD) y los hogares de protección que dependen de los organismos Colaboradores de Sename. El Estado es el responsable de proporcionar el financiamiento para los recursos que están destinados para el bienestar de los NNA.

El total de niños institucionalizados, atendidos por la red Sename en el 2017 en Chile son 194. 573 en todo el país. El 91% de los casos corresponden a niños atendidos en el área de Protección de Derecho. De los 177.915 atendidos en el área de protección casi 10.815 correspondieron a niños que permanecieron en residencias, mientras que más de 167.000 asistieron a programas ambulatorios. En relación con la edad de los casos atendidos durante el año 2016, las edades más frecuentes corresponden a los tramos 14-15 años y 16-17 años (13,8% y 13,7%). En cuanto a la permanencia de los NNA atendidos en el área de protección de derecho corresponde a un 28%, en las diferentes líneas de acción entre 1 y 6 meses. Las causas de ingreso de atenciones más frecuentes y relevantes son por negligencia (24.748), abandono (1,225) y víctimas de delito (3.930) (SENAME, 2016).

Es importante tener presente los efectos que se generan a nivel psicológico, emocional, cognitivo y conductual en los NNA institucionalizados, se identifican las dificultades en el desarrollo emocional y de la empatía, también dificultades en relacionarse, tendencia al

aislamiento, indiferencia, uso recurrente de agresión física, problemas conductuales tales como: malas contestaciones, no cumplir las reglas, fugas y las dificultades en el ámbito escolar (Valbuena y Saldarriaga, 2017).

En cuanto a los elementos señalados, sobre los efectos Psicológicos que se generan en los NNA producto de la institucionalización, es pertinente cuestionarse si, ¿son ellos, los únicos involucrados o afectados durante ese proceso?.

En relación con lo que sienten los padres/ madres o adulto significativo frente a la institucionalización de sus hijos, éstos pueden experimentar diferentes estados afectivos principalmente asociados a sentimientos respecto a sus capacidades, autoestima y relación con otras instancias que han intervenido en la interacción que mantenían con sus hijos (Serracino, 2013).

En investigaciones cualitativas internacionales en países como Inglaterra, Suecia, Noruega se puede evidenciar que los padres presentaron similitudes en los tipos de experiencias frente a tener un hijo en un hogar de guarda, particularmente sentimientos de pérdida, pena e ira, sentimientos de dolor, culpabilidad, sentimientos depresivos o suicidas (Shofield, Moldestad, Höjer, Ward, Skilbred, Young, Havik, 2010).

Se hace difícil identificar con claridad el trabajo que existe en Chile respecto de cuán afectados se encuentran los padres con hijos ingresados en residencias, debido a la falta de investigaciones en el contexto en que se desarrolla este estudio, de aquellos casos en que los padres han sido evaluados de manera deficiente y que producto de ello los hijos han sido desvinculados de forma temporal o permanente. A pesar de lo significativas que son las cifras de los menores que han sido ingresado al sistema y de la importancia con la que es señalada la

familia desde los propios organismos colaboradores, al reconocerla como el ambiente natural para el desarrollo, bienestar y protección de los NNA (Díaz y Toro, 2017).

No obstante, hay una parte que se invisibiliza y que no está claramente descrita en el estado del arte, que son los padres que tienen un hijo en situación de institucionalización por ingreso a residencias de protección de Sename. Al buscar investigaciones cualitativas en la red, no se encontraron estudios específicos en Chile que hablen de los efectos psicológicos y emocionales de padres, madres o cuidadores de niños en hogares de protección del sistema. Sin embargo, para fines de esta investigación se hace un paralelismo, donde padres vivencian la pérdida de un hijo como eje central, clarificando que en estas situaciones se excluyen las deficiencias de competencias parentales en padres que han vulnerado a sus hijos. Éstas vivencias son situaciones de salud crónicas, duelo o nido vacío, los cuales se manifiestan como sentimientos de ansiedad, culpa, miedo, estrés, ausencia, tristeza y depresión (Grau y Espada, 2012., Campbell y Figueroa, 2005., Rubiñoz, 2012., Rojas, 2013., Fernández, et al 2013).

Otra relación que podemos hacer es como vivencian los padres la muerte de un hijo donde también se evidencian factores psicológicos y emocionales tales como la negación, culpa, rabia, depresión, miedo, ansiedad, desamparo y estrés (Torres, 2011., Sanit y Navar, 2017., Geymonat, 2016). Y finalmente en un contexto donde estos hijos han decidido emigrar de sus hogares, conocido como el síndrome del nido vacío los padres experimentan sentimientos de ausencia, minusvalía, preocupación excesiva, ansiedad, temor, cansancio, depresión (Campoverde, 2015., Ríos, 2015., Carmona, Martínez, Niño- Jiménez et al, 2009).

Habiendo considerado que se repiten algunos efectos psicológicos y emocionales como la depresión, ansiedad y el estrés, se aplicó el instrumento DASS 21, que mide estas tres variables. El cuestionario abreviado fue validado en Chile por Antúnez y Vinet (2011). Lo que permitirá

evidenciar y visibilizar en detalle la descripción de las emociones asociadas a la internación hay en estos padres. Las cuales son: “El estrés entendido como la respuesta ante los sucesos que amenazan o ponen en conflicto a una persona” (Feldman, 2003, p. 380). “La ansiedad la cual se experimenta como un sentimiento de aprensión o tensión, ante situaciones de estrés, esta forma de ansiedad no representa nada malo, todo el mundo lo experimenta por lo general es una reacción ante el estrés” (Feldman, 2003, p. 503). Y la “depresión como un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza que va desde la formulación de “yo estoy triste, molesto, afligido, desesperado” hasta un sentimiento interno indescriptible y horrible” (Capponi, 2013, p. 92).

1.1 Relevancia.

Los programas de fortalecimiento de las dinámicas familiares y la afectividad son fundamentales para lograr cambios en los vínculos de las familias, mejorar situaciones de convivencia y prevenir la internación como recurso de rápido acceso (Unicef, 2005).

En América Latina se ha comprobado que las dificultades de acceso a los servicios públicos aumentan los problemas sociales de los sectores pobres, donde muchas familias poseen recursos o activos sociales insuficientes como estrategias de afrontamiento para situaciones de riesgo, por lo tanto, los grupos familiares pueden aumentar la vulnerabilidad psicosocial de los NNA (Aldeas Infantiles SOS y Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar) (Estévez, 2011).

Marchant y Petersen (2014) abordaron en su estudio sobre la “transparencia de la pobreza” la intervención con niños que se encuentran internos en hogares de protección colaboradores del Sename, iniciando su acercamiento con el siguiente diagnóstico: “ *hay muchas familias que no tienen la oportunidad de realizar un trabajo serio y comprometido que les permita pensar los*

aspectos que dieron lugar a la medida de protección sancionadas por tribunales de familia y que implicó la separación de su (s) hijo (s). Tomamos contacto con cuatro hogares de protección de la región metropolitana e invitamos ahí a 40 familias a participar de nuestro programa de forma voluntaria. La mayoría de las familias pertenecía a un sector socio económico bajo, muchos de ellos con trabajos inestables muy mal remunerados, algunos, incluso, sin domicilio estable y con problemáticas complejas como el alcoholismo, la drogadicción y la violencia. Nos sorprendió el hecho de que la mayoría de ellos vivía en poblaciones muy alejadas del hogar al cual sus hijos habían sido enviados, por lo cual debían recorrer importantes distancias para visitarlos. Muchos de ellos habían pasado por diversas instituciones tales como OPD, CEPIJ, COSAM, CEANIM entre otras sin haber podido salir de la dinámica en la que se hallaban insertos. En las primeras entrevistas aparecían con nitidez y expresamente sentimientos de rabia, injusticia e impotencia contra un sistema que no había podido ayudarlos. Más aún, en ocasiones señalaban sentirse violentados, desnudos y obligados a participar de instancias que para ellos no resultaban para nada terapéuticas” (p.177).

Existe actualmente un consenso generalizado respecto a la necesidad de incluir a las familias en la intervención que se desarrolla en el marco de vulneración de derechos de los NNA. Este trabajo tiene por objetivo la restitución de los derechos de los NNA, tanto mediante la interrupción de la vulneración, como del fortalecimiento del entorno familiar. Si bien esto puede resultar evidente para los especialistas persiste la interrogante respecto de cómo intervenir eficazmente con los NNA y su familia de modo de garantizar el pleno respeto por sus derechos (Contreras et al, 2015).

En relación con este contexto donde surge el concepto de reunificación familiar, que explica el regreso del niño(a) con su familia de origen, luego del proceso de institucionalización y para

que se produzca es necesario establecer modelos de intervención efectivos, los cuales aseguren un egreso con la familia en las condiciones necesarias para el niño(a), ya que un fracaso en la reunificación podría ser altamente perjudicial para los menores. Es importante que antes de que los niños, niñas y adolescentes retornen, se asegure en la medida de lo posible, la estabilidad del entorno familiar, y las capacidades de sus padres para hacerse cargo de él, ya que la estabilidad en el cuidado y en la figura del cuidador son fundamentales para los niños, y un nuevo fracaso en la convivencia familia podría dejarles muy dañados (Rodríguez, 2015).

Por todo lo anteriormente descrito es fundamental que el Estado Chileno y los organismos privados que se encarguen de la protección de la infancia, a partir del reconocimiento de la importancia central de la familia y la comunidad para el bienestar y desarrollo de niños y niñas, que implementen de manera decidida aquellas acciones concretas para promover y garantizar el derecho a vivir en familia. En las intervenciones para prevenir y erradicar la internación, las familias ocupan un lugar central; a ellas se les deben reconocer sus fortalezas y apoyar en sus dificultades. Es esencial trabajar con las familias como con los niños para generar condiciones de cambio que permitan garantizar el derecho de éstos últimos a vivir en familia, conforme a su interés superior (Sename, 2017).

Analizando todo lo anteriormente expuesto, se determinó hacer un aporte a la visibilización de un proceso de institucionalización, que trae consigo implicancias negativas tanto para los niños que son los protagonistas como para sus respectivas familias, que no siempre tienen el respaldo adecuado por parte del Estado Chileno. Además, se adquiere una relevancia en el plano teórico, aportando elementos a la construcción del conocimiento, en una dinámica, que como se ha señalado anteriormente, posee escasa investigación, en relación a la vivencia emocional de

éstos padres al tener un hijo/a en proceso y condición de institucionalización por ingreso a residencias de protección.

1.2. Pregunta de investigación.

¿Cuál es la descripción de ansiedad, depresión y estrés que se generan en padres, madres u otros adultos significativos a cargo de hijos(as) en situación de institucionalización, en la provincia de Valparaíso?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General.

Describir la presencia de ansiedad, depresión y estrés que se generan en padres, madres u otros adultos significativos a cargo de hijos(as) en situación de institucionalización en la provincia de Valparaíso.

1.3.2. Objetivos Específicos.

1. Caracterizar datos sociodemográficos en padres, madres u otros adultos significativos a cargo de hijos(as) en situación de institucionalización en la provincia de Valparaíso.
2. Detectar la presencia de depresión que presentan los padres, madres u otros adultos significativos a cargo de hijos(as) en situación de institucionalización en la provincia de Valparaíso.

3. Detectar la presencia de estrés que presentan los padres, madres u otros adultos significativos a cargo de hijos(as) en situación de institucionalización en la provincia de Valparaíso.
4. Detectar la presencia de ansiedad que presentan los padres, madres u otros adultos significativos a cargo de hijos(as) en situación de institucionalización en la provincia de Valparaíso.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1. Institucionalización por ingreso a residencias de protección.

La institucionalización se puede generar en primera instancia por el cuestionamiento de alguna institución escolar, salud, comunitaria entre otras quienes definen que los adultos a cargo deben ser evaluados en sus competencias parentales o son un riesgo para la integridad física y/o psicológica del/ la niño o niña. La institucionalización tiene efectos emocionales y psicológicos que determinaran en muchas ocasiones el tipo de vida y futuro de los niños y niñas (Fergusson y León, 2009).

La institucionalización se representa como un efecto de separación y ruptura del vínculo primario, con la consecuente carencia de relaciones vinculares estables y coherentes que ofrece para los niños y niñas, ha demostrado provocar trastornos en los vínculos y afectar en la formación posterior de una personalidad sana e integrada con alta probabilidad de desarrollar problemas emocionales y /o conductuales los que muchas veces pueden agravarse de no mediar un proceso terapéutico oportuno (Serracino,2013).

La ratificación de la convención sobre los derechos del niño en 1990 comprometió a Chile a garantizar un conjunto de derechos a todos los niños/as como sujetos titulares de sus propios derechos (Sename, 2017). El Estado Chileno recurrió a la institucionalización como una forma de garantizar el bienestar y la protección de la niñez abandonada y gravemente vulnerada, el ingreso de niños a centros residenciales fue la forma casi exclusiva de atención a la infancia desvalida, ya fuera por causa de orfandad, abandono familiar, vagancia y por escasas condiciones

económicas de las familias. La forma de atención tendía a la separación y desarraigo familiar aun cuando ella se produjera por un tiempo más o menos breve (Morales, 2012).

Los niños que son alejados de sus padres debido a situaciones de abusos o negligencias generalmente son destinados a instituciones y no a otras familias, a pesar de que la ley establece la internación como última opción (Navarrete, 2016).

El ingreso de un niño a un hogar de protección supone la vulneración grave de sus derechos, vulneración donde los protagonistas han sido los padres o adultos responsables de su cuidado y bienestar. En relación, se observa que el ingreso a un hogar de protección inscribe la experiencia del niño en lo que se denomina como un doble daño o doble vulneración. Por un lado, el niño es separado afectivamente de los que han sido sus figuras significativas y por otro lado es portador del daño producido por situaciones en las que sus derechos han sido vulnerados gravemente (Córdova, 2011).

2.2. Rol del Estado en la Internación.

El Servicio Nacional de Menores (SENAME) es un órgano gubernamental creado en 1979 por el decreto de ley N° 2465, es colaborador del sistema judicial y dependiente del ministerio de justicia. Se encarga de la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, y de jóvenes entre 14 y 18 años ante el sistema judicial. Además, se ocupa de controlar y regular la adopción en Chile. Los programas desarrollados para brindar cuidado y protección de los NNA se orientan en tres grandes focos, el primero es la adopción, el segundo es la protección de derechos y el tercero es justicia juvenil.

El plan de acción por la infancia vulnerada, surge de dar cuenta con sentido de urgencia a la deuda histórica del país con la niñez y adolescencia más vulnerable, a raíz de esto se organizó el

plan de acción en tres grandes líneas, la primera vinculada al trabajo intersectorial; la segunda vinculada al trabajo interno que se requiere implementar para promover el cambio de mirada que el propio servicio debe desarrollar para entregar mejor protección a los NNA y la tercera, vinculada a la necesidad de implementar mejoras materiales y de infraestructura en los centros de administración directa (SENAME, 2016).

Lo anterior implicó implementar tareas más complejas, como fue identificar las cifras de fallecimientos de los últimos diez años, desde el año 2005 a junio del 2016. Con ello fue posible determinar que, en residencias de protección, tanto del Estado como de organismos colaboradores se produjo el fallecimiento de 210 niños (SENAME, 2016).

Por esta razón en el 2016 ,la presidenta de la república Michelle Bachelet anunció el plan de acción por la infancia vulnerada, y lo estableció como una prioridad especial para toda la administración del Estado, considerando que la protección de la niñez y adolescencia vulnerada en sus derechos no es solo de responsabilidad de SENAME, sino también de todas aquellas instituciones cuyo mandato es asegurar el ejercicio de la totalidad de derechos establecidos en la convención sobre los derechos del niño (SENAME, 2016).

Parte de ese plan fue la inyección de recursos económicos extraordinarios para el año 2016 ascendientes a 2.500 millones de pesos, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes que habitan en los centros de administración directa del servicio. Junto con ello, anuncio él envió de proyectos de ley que modifican la institucionalidad, creando dos servicios: el Servicio de Nacional de Protección especializada, que dependerá del Ministerio de Desarrollo Social, y el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil que dependerá del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (SENAME, 2016).

La presidenta enfatizó que se estaban articulando las distintas instituciones del Estado para garantizar “cada niño, niña y adolescente que es parte de la red SENAME, sea prioritario para cada una de las reparticiones públicas. Haremos que los niños vulnerables dejen de ser los invisibles del sistema” (Bachelet, 2016).

2.3. Efectos de la institucionalización en Niños, Niñas y Adolescentes.

Se ha observado que los niños y adolescentes institucionalizados están expuestos a un número mayor de situaciones de riesgos potenciales y, por ende, a los efectos del estrés; lo que se relaciona con más síntomas depresivos y otros eventos que pueden afectar la salud mental, entre las patologías más comunes encontradas la mayor prevalencia es el trastorno de estrés post traumático (Gómez, Romero y Durán, 2016).

Los efectos causados por la institucionalización en el desarrollo infantil pueden incluir una salud física deficiente, graves retrasos en el desarrollo, discapacidad y daño psicológico potencialmente irreversible. Los efectos son más severos cuanto más tiempo se prolongue la institucionalización y cuanto más deficiente son las condiciones de la institución (Da Costa, 2015).

En algunas ocasiones los niños institucionalizados, han tenido que vivir diferentes pérdidas y separaciones, ya sea de sus padres biológicos, sus hermanos, cambios de educadoras, o la ausencia de sus pares, que algunas veces vuelven con su familia de origen y otras se van con una familia sustituta o adoptiva. Estas pérdidas generan una discontinuidad en la vida de los niños, que puede provocar incertidumbre con respecto a su pasado, su presente y su futuro, lo que puede influir en el desarrollo de su personalidad (Malacré, 2014).

Para finalizar es importante mencionar que la edad cronológica y la etapa del desarrollo de los NNA al momento de afrontar eventos estresores como una vulneración o el retiro del medio familiar y ubicación en el medio institucional, influirá en los cambios posteriores que puedan surgir en su conducta, emoción y cognición. El aumento de la edad en la población atendida incrementa la dificultad de la tarea educativa, al presentarse conflictos de mayor intensidad e historias de aprendizajes inadecuadas más consolidadas y resistentes a la intervención (Valbuena y Saldarriaga, 2017).

2.4. Familias y Roles.

Para poder comprender el concepto de una familia según Barudy (2001) la define como: *“la finalidad biológica de una familia es ser la matriz grupal que permite procrear, cuidar, mantener, proteger, y producir la vida humana” (p.43)*. Según Minuchin, (1977) define la estructura familiar como *“el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modelos en que interactúan los miembros de la familia”*.

La familia en el ámbito social debe cumplir las siguientes funciones: la función económica, la biológica, la educativa, la cultural y espiritual. Se espera que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de cada uno de los miembros actuando como un sistema de apoyo (Herrera, 1997).

Por lo tanto, cuando la familia no es capaz de cumplir y suplir las funciones anteriormente descritas puede suceder que se genera una serie de multiproblemas al interior de ésta como negligencia, violencia, desorganización, carencias económicas, abandono de las funciones parentales y asilamiento de las redes de apoyo social (Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

2.5. Familias Multiproblemas y Multiestrés.

La aparición de los malos tratos en un momento de crisis familiar puede explicarse de diversas formas por ejemplo, como una falla de los mecanismos naturales que una familia posee para controlar el “estrés familiar”. Se entiende como estrés familiar la tensión intrafamiliar creada por los acontecimientos del entorno y/o internos de la familia, que amenazan el bienestar familiar y a veces la existencia misma de la familia. El impacto de estos acontecimientos depende, por una parte, de su calidad e intensidad y por otra de los recursos y capacidad de la familia para afrontarlos (Barudy, 1998).

Se comprende a la familia multiproblemática como un sistema vulnerable de alto riesgo para todos sus miembros. En su conjunto el resquebrajamiento de la matriz de cariño y protección, generan el entramado de vulneración en que se despliegan las funciones parentales y dinámicas de interacción, puede facilitar la emergencia de los múltiples problemas que afectan a estas familias (Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

Otra definición de familia multiproblemática alude aquella que tiene una “deprimente” variedad de problemas e insuficiencias, tiene además como particularidades que casi siempre son pobres y conflictivas, dentro de ella, hay ausencia de figuras de cuidado afectivo, donde se presentan problemas como: delincuencia, violencia intrafamiliar, drogadicción, enfermedades físicas y mentales, la ilegitimidad, desnutrición entre otros. Son familias que se encuentran desfavorecidas en lo sociomaterial. A juicio del autor también están carentes de amor y de afecto, sin proyectos de vida y sin esperanzas (Sauré, 2001).

Para poder dar una descripción más detallada respecto del contexto de familias multiproblemáticas se explicarán las siguientes:

La *poli sintomatología* hace alusión a una cadena de factores y problemas de estrés, como negligencia, maltrato infantil, violencia intrafamiliar, adicciones, depresión, cesantía, microtráfico y enfermedades crónicas, que impactan negativamente sobre los integrantes de la familia especialmente los niños y niñas en diversos aspectos de su desarrollo biopsicosocial. Otro factor importante es la *desorganización* en las familias que se presenta como una característica en el funcionamiento de los sistemas familiares tanto a nivel de una estructura caótica como de una comunicación disfuncional. El *aislamiento social* es el distanciamiento físico y emocional observable de los sistemas familiares de la familia extensa y la red de apoyo social e institucional afectando negativamente sus recursos psicosociales y económicos disponibles. El último punto a tratar dentro de las causas es con respecto al *abandono de las funciones parentales* estas familias pueden mostrar en muchos casos un grado elevado de incompetencia parental, maltrato y/o negligencia, lo que puede implicar la salida del niño del sistema familiar y sus colocaciones en sistemas alternativos de cuidado, como residencias o familias de acogida (Gómez y Haz, 2008).

Cabe mencionar que existe un ciclo transgeneracional de la violencia familiar, un porcentaje significativo de los padres y madres que violentan a sus hijos fueron precisamente niños o niñas maltratados que no fueron adecuadamente protegidos ni ayudados por la sociedad que superan el daño de estas experiencias. Los niños maltratados que no reciben una protección adecuada y coherente pueden manifestar sus sufrimientos con comportamientos violentos hacia los demás o hacia ellos mismos muchos años después. Pueden incluso agredir a sus padres que le violentaron en el pasado (Barudy, 2005).

Un estudio realizado en México sobre interacción de madres y padres maltratadores detecta que un 100% de la muestra provienen de familias de origen que emplearon el castigo físico como medida disciplinaria, el 86% proviene de una familia de origen en la que al menos uno de los

progenitores presentó alcoholismo. Las madres y padres reportan crisis situacional principalmente por violencia conyugal y estrés por factores diversos (86%) (Barcelata y Álvarez, 2005).

2.6. Los padres/ madres o cuidadores y las competencias parentales.

El significado que se le otorga al ser padre o ser madre, se desprende de las expectativas y los simbolismos que la cultura establece respecto a las relaciones de género; el concepto hace referencia a las representaciones sociales que brindan sentido a la diferencia sexual, a la manera como se explican, se valoran y se establecen normas acerca de la masculinidad y la feminidad (Puyana y Mosquera, 2005).

Se hace necesario comprender que una de las tareas más importantes en el hito del desarrollo de los niños y niñas es que los padres puedan generar un tipo de apego seguro lo cual se define según Bowlby (1986) , hacen referencia que es un vínculo afectivo, emocional y psicológico, que permite al sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona diferenciada y generalmente considerada más fuerte y/o sabia propio del ser humano que motiva la búsqueda de proximidad entre el niño pequeño, sus padres o cuidadores (en Garrido, 2016).

En cuanto al acercamiento afectivo que el niño establece con distintas figuras, cuando un niño se encuentra triste o enfermo suele buscar consuelo en la madre, sin embargo, en otras ocasiones puede preferir la compañía del padre. Los padres son figuras muy importantes en la vida del bebé, desde el principio empiezan a construir una relación estrecha con sus hijos, al momento del nacimiento del bebé los padres responden de la misma forma que las madres a la llamada del bebé mostrándose igual de sensibles y responsivos (Delgado, 2004).

Marie Ainsworth, 1978 (en Garrido, 2016) establecieron tres tipos de apego:

Apego seguro: las emociones más frecuentes de los bebés, en la situación extraña, son la angustia ante las separaciones del cuidador y la calma cuando este vuelve, las interacciones con el cuidador revelan la calidez, confianza y seguridad.

Apego ansioso-ambivalente: Las emociones más frecuentes de los bebés en la situación extraña es la angustia exacerbada ante las separaciones del cuidador y la dificultad para lograr la calma cuando este vuelve, en la interacción con el cuidador releva la ambivalencia, enojo y preocupación.

Apego ansioso-evitativo: Las emociones más frecuentes de los bebés en la situación extraña es la ausencia de angustia y de enojo ante las separaciones del cuidador y la diferencia cuando vuelve, en la interacción relevan distancia y evitación.

“La vinculación afectiva es el resultado del comportamiento social de cada individuo de una especie, difiriendo según con que otros sujetos de su especie está relacionándose, lo cual supone desde luego una capacidad para reconocerlos” (Bowlby, 2006, p.91).

Los vínculos afectivos y los estados subjetivos de intensa emoción tienden a ir juntos, muchas de las más intensas emociones humanas surgen durante la formación, el mantenimiento, la ruptura y la renovación de los lazos afectivos. La formación de un vínculo es descrita como amar alguien, y perder una pareja, como pena, como pesadumbre por la pérdida. La amenaza de pérdida provoca ansiedad, y la pérdida afectiva pena, mientras que ambas situaciones pueden provocar ira. La ruptura de los vínculos a temprana edad puede generar una enfermedad psiquiátrica en la adultez tales como personalidad psicopática y depresión, en donde los síntomas consisten en delincuencia persistente y suicidio (Bowlby, 2006).

El concepto de competencias parentales es una forma semántica de referirse a las capacidades prácticas de los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo sano (Barudy y Dantagnan, 2005).

Por tanto es necesario que los padres desarrollen adecuadamente las habilidades parentales que han sido construidas a lo largo de su historia vital, y que se definen como la capacidad de vincularse o de apego, el reconocimiento de sus propias emociones y la forma en que las ponen al servicio de la función parental, la empatía como la capacidad de percibir las necesidades de los hijos e hijas y de demostrarle que ha sido comprendido, el sistema de creencias respecto a la crianza, es decir, *“el conjunto de representaciones y comportamientos que utilizan las madres y los padres para intentar responder a las peticiones de cuidado que hacen sus hijos”*. La capacidad de las madres y padres de utilizar los recursos comunitarios (Barudy y Marquebreucq, 2006).

El ser humano necesita de los vínculos para crecer y desarrollarse, cuando uno de estos vínculos se rompe en cualquier área de la vida, surge un periodo de gran intensidad emocional al que llamamos duelo (Sanit y Navar, 2017).

2.7. Impacto Emocional y Pérdidas Significativas en la familia.

Cuando la familia se ve enfrentada a una condición de enfermedad de alguno de sus hijos, la vivencia de estos genera en ellos características emocionales similares a las del duelo, provocando cambios en el estilo emocional de la familia y en el modo en que se expresan las emociones, generando sentimientos de impotencia, pena, agresividad, culpabilidad, injusticia. Las familias pueden sufrir un derrumbe psicológico (depresión, ansiedad) o físico (el cuidador puede enfermar) (Grau y Espada, 2012).

Las familias sufren una tensión importante ante la presencia de una condición clínica, al mismo tiempo se ha encontrado que el apoyo social disminuye cuando se empobrece la salud, quizás por las limitadas oportunidades para desarrollar y mantener redes de apoyo. A partir de la experiencia de los padres una enfermedad crónica en sus niños, provoca cambios importantes en el entorno familiar, a partir de sus repercusiones en la madre, en los hermanos, en lo económico, el soporte familiar y el apoyo social (Campbell y Figueroa, 2005).

Los padres con hijos recién nacidos e ingresados a la unidad de cuidados intensivos neonatales experimentan altos niveles de estrés y emociones negativas, tales como: ansiedad, depresión, culpa y desesperanza; y dado que la circunstancias a las que están sometidos los padres son intensas y se prolongan en el tiempo, esta ansiedad y preocupación pueden llegar a derivar en verdaderas patologías (Jiménez, Loscertales, Martínez et al., 2003).

El tipo de afrontamiento que tienen los padres cuando sus hijos que están internados en una unidad de cuidados intensivos son factores que pueden afectar el bienestar psicológico como: manifestaciones psicosomáticas, niveles elevados de estrés y ansiedad y aunando el temor y dolor por la pérdida de salud de su hijo; y en el caso del fallecimiento de su hijo el miedo puede envolver a los padres, los puede tomar irritables y depresivos. Los padres se enfrentan a una situación súbita que tiene un impacto tan grande dentro del ámbito emocional, afectivo, social, económico, laboral y temporal, que altera totalmente la vida cotidiana (Rubiños, 2012).

Tener un hijo con una enfermedad crónica o internado en terapia intensiva causa niveles de ansiedad similares en ambos padres, que se incrementan significativamente al encontrarse el hijo en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Presentando alteraciones en su estado anímico. En los padres y madres con un niño enfermo, la ansiedad estado surge al enfrentarse a una situación crítica debido al delicado estado de salud de su hijo (Rojas, 2013).

Los padres con hijos que presentan parálisis cerebral infantil, parecen experimentar a lo largo del proceso de parentalidad un mayor número de eventos estresantes, que sea asocian con un peor pronóstico de salud para las madres. En algunos casos los altos niveles de estrés en estos padres, alcanzan un nivel clínicamente significativo, requiriendo intervención y apoyo especializado. A nivel emocional hablan sobre sentimientos de ansiedad y nerviosismo, relacionados con la incertidumbre en la que viven por la enfermedad del niño (Fernández, García, Berrocal, Benítez, Robles, Laynes, 2013).

Es posible pensar que el duelo no solamente se produce por la muerte de una persona, sino que implica diversos tipos de pérdidas significativas. Algunas de ellas como: pérdida de la vida, de aspectos de sí mismo, de objetos externos como por ejemplo de tipo material, pérdidas emocionales como amistades y pérdidas ligadas al desarrollo; y agregar que siempre que se produzca una pérdida habrá un proceso de duelo (Paiva, 2015).

La elaboración de las pérdidas es posiblemente un tema central en la existencia humana. Podemos considerar que el duelo es producido por cualquier tipo de pérdida y no solo es aplicable a la muerte de una persona. Por lo tanto, el proceso de duelo se realiza siempre que tiene lugar una pérdida significativa, siempre que se pierde algo que tiene valor, real o simbólico, consciente o no para quien lo pierde (Sanit y Navar, 2017).

El duelo es una reacción natural, personal, y única ante una pérdida. Cuando muere un ser querido sucede uno de los sentimientos más grandes de la vida provocando reacciones diversas tanto físicas, psicológicas, socioeconómicas y culturales diversas (Torres, 2011).

En un proceso de pérdida se atraviesa por diferentes etapas: negación, rabia, negociación y culpa, depresión, aceptación. Para fines de esta investigación es relevante definir depresión como

una enfermedad del estado del ánimo la cual se vive con una profunda tristeza en el contexto del duelo, desesperanza y no encontrar un consuelo (Torres, 2011).

Existen diferentes dimensiones cuando se vivencia un duelo tales como: las dimensiones físicas, cognitiva, conductual, social, espiritual y emocional puesto que es el área que es relevante para nuestra investigación, donde los estados del ánimo pueden variar y manifestarse con distintas intensidades. Las más habituales son, sentimientos de tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad, soledad, desamparo, impotencia, añoranza, anhelo, cansancio existencial, desesperanza, abatimiento, alivio y liberación, sensación de abandono, amargura y sentimiento de venganza (Sanit y Navar, 2017).

En una investigación acerca del síndrome del nido vacío y su influencia en los estados depresivos de padres con hijos que migran fuera del país se manifestaron sentimientos frecuentes de ausencia, sentimientos de minusvalía, preocupación excesiva, temor, dificultad para concentrarse, cansancio y dolores físicos, sumando también depresión y ansiedad leve (Campoverde, 2015).

Durante el proceso del nido vacío aparecen síntomas como: malestar o cansancio sin razón aparente, la tristeza que deja la pérdida de los hijos se puede manifestar en los padres como una depresión transitoria, desinterés, desgano, cansancio. Los padres presentan una sensación de vacío emocional, falta de afecto y vacío físico, los ambientes de la casa como el dormitorio, el comedor, sin hábitos cotidianos e hijos interactuando en la casa, desorientación en cuanto a las metas de la familia, la meta de sacar adelante a los hijos ha terminado y disponen de más tiempo, no saben cómo organizar el tiempo para estar solos de nuevo (Ríos, 2015).

El nido vacío ha sido descrito como un factor que afecta el bienestar psicológico de la mujer por haber sido asociado a la depresión que causa el sentimiento de la pérdida del rol parental. En las mujeres predomina un estilo ansioso-ambivalente, al observarse conductas de preocupación, miedo y ansiedad con las cuales se pretende tener cerca la figura de apego. En los hombres se evidencio un estilo de apego seguro caracterizado por una alta aceptación del cambio, bajos niveles de ansiedad y reacciones positivas que incluyen sentimientos de seguridad y confianza en sí mismos, poca dificultad para confiar en otros y aceptación de las diferencias de los demás (Carmona, Martínez, Niño-Jiménez et al., 2009).

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1. Metodología Cuantitativa.

Para la presente investigación, siguiendo el paradigma positivista, la metodología propuesta es de tipo cuantitativo, puesto que refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación, debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números y se deben analizar con método estadístico (Hernández, Fernández y Batista, 2014). Analizando la temática que se abordó de forma objetiva y observable, logrando conocer la presencia de Depresión, Ansiedad, Estrés en Padres/Madres u otros Adultos Significativos con hijos(as) en situación de Institucionalización.

3.2 Diseño.

El diseño de esta investigación es de tipo no experimental puesto que se observarán los fenómenos en un contexto natural sin la manipulación de variables, siendo nuestro contexto la situación de padres con hijos institucionalizados. Y siguiendo con el diseño a su vez es una investigación de carácter transversal descriptivo ya que tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población (Hernández, et al., 2014).

3.3 Tipo de Estudio.

El tipo de estudio de esta investigación es de carácter descriptivo, que busca especificar las propiedades, las características y los perfiles, grupos, comunidades, procesos, objetivos, o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández, et al., 2014). Se pretende investigar y medir las características emocionales que tienen los padres frente a la institucionalización de sus hijos como: depresión, estrés y ansiedad.

3.4 Muestra.

Muestra de tipo intencionado no probabilística ya que no todos los sujetos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos, los sujetos serán obtenidos desde una institución colaboradora del Servicio Nacional de Menores de la ciudad de Viña del Mar.

Los participantes de esta investigación fueron:

Padres y madres o adultos significativos de la ciudad de Viña del Mar que se encuentren con estado civil casados, solteros o separados. Con un rango etáreo de 18 a 80 años, que tengan actualmente a sus hijos institucionalizados con un rango etáreo de 0 a 18 años, escolarizados, sin ningún tipo de discapacidad, siendo mujeres u hombres.

Otro criterio de exclusión de los adultos es que se encontraran con alguna medida de alejamiento por parte del tribunal de familia u otra instancia como el Ministerio Público.

La muestra se obtuvo a través de siete centros colaboradores del Sename de la ciudad de la provincia de Valparaíso, fue necesario determinar la cantidad de niños que están ingresados en los centros para determinar el N poblacional, que corresponde a 222 niños y así acceder a la cantidad de padres/ madres o adulto significativo, debido a que se desconocen los parámetros de

varianza y de la prevalencia en cuanto a la descripción de la emocionalidad de los padres (cuán estresados, cuán ansiosos, y depresivos están). Se utilizó la fórmula para obtener una población finita la que corresponde a 67 sujetos.

3.5 Instrumento.

La técnica que se utilizará para la recolección de datos será una versión chilena abreviada de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21). Que cuenta con 21 ítems, con cuatro alternativas de respuesta en formato Likert, las cuales van desde 0 hasta 3. Este instrumento es una escala de autorreporte, breve, fácil de administrar y responder, siendo su interpretación sencilla (Antúnez, Vinet, 2011).

Para la recolección de datos se utilizara el instrumento DASS 21 como una escala que mide por separado depresión, ansiedad y estrés, creada por Lovibond y Llovibond, en 1995. La escala fue traducida y adaptada en Chile por Vinet, Rehbein, Román y Saiz en el año 2008 y modificada por Román en el año 2010, siendo esta última versión la más utilizada. El DASS 21 cuenta con 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta en formato Likert, las cuales van desde 0 (“no describe nada de lo que me paso o sentí en la semana”) hasta 3 (“si, esto me paso mucho, o casi siempre”).

El nivel de confiabilidad que se obtuvo del instrumento DASS 21, en su validación en Chile de las escalas de depresión y estrés presentaron un alfa de 85 y 83 respectivamente, mientras que en la escala de ansiedad se obtuvo un alfa de 73. En conjunto los ítems que componen el DASS 21 presentaron un alfa de 91.

La validez de constructo del instrumento se verificó mediante análisis factorial exploratorio, el que arrojó una estructura de tres factores en donde, el factor estrés explicaría un 35,5 % de la

varianza, el factor depresión un 8,62% de la varianza y el factor ansiedad un 5,87%. Explicando el total de varianza un 49,99% del instrumento DASS 21.

En cuanto a la correlación del instrumento que se dio entre los factores, la mayor correlación se presentó entre estrés y ansiedad con un ($r=.46$), seguida por la correlación entre estrés y depresión ($r=.37$) y por último, entre depresión y ansiedad ($r = .24$).

También a través de la creación de una ficha sociodemográfica se recogieron antecedentes de los padres tales como; nivel socioeconómico, cantidad de personas que viven en el hogar, edad del adulto significativo, tiempo de institucionalización su hijo o hija, decisiones respecto del regreso de estos hijos a sus hogares, frecuencia de las visitas.

3.6 Procedimiento.

La investigación se realizó siguiendo los siguientes pasos:

Primer paso:

Se contactó a la dirección de un servicio colaborador del Sename, se acordaron los horarios establecidos para iniciar y poder explicar el objetivo del estudio, del acercamiento que necesitó tener para obtener la muestra de padres con hijos institucionalizados, se aclaró que no se requería tener acercamiento, ni contacto con los niños de la institución. Además a su vez se presentó carta de solicitud de respaldo por parte de la Universidad.

Segundo paso:

El acercamiento a los padres se inició con una breve presentación de la dupla de trabajo de la investigación, informándoles y explicándoles de que se tratan los instrumentos que se entregaron, se les aclaró que sus hijos(as) no serán involucrados en este proceso, y que la información

recopilada será totalmente confidencial y para fines de la investigación. Se les entregó a su vez un consentimiento donde los padres accedieron a la realización del instrumento y de la ficha sociodemográfica.

Tercer Paso:

Por último, la información recopilada, fue sintetizada y procesada a través del programa estadístico. Se realizaron los análisis descriptivos, lo que permitió establecer los principales hallazgos y conclusiones sobre los datos. Además, se retroalimentará a los padres interesados en la devolución de los resultados obtenidos de la investigación.

3.7 Consideraciones Éticas.

De acuerdo con los principios establecidos en El Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile (2008) y en relación al artículo 15° sobre Aspectos Relativos a la Investigación en Psicología, vigente en el año 1999 y debido a que esta investigación se consideró como un proceso social donde sus principales actores son personas, padres de la ciudad de Viña del Mar, los cuales tengan hijos en situación de institucionalización y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

1. Las Investigadoras deberán obtener el consentimiento informado, expreso y por escrito de los padres, puesto que la investigación contempla la aplicación de un instrumento y ficha sociodemográfica, que serán analizados, en reporte posterior (análisis y resultados). Las investigadoras deberán informar de los alcances del estudio mismo y contar con el consentimiento escrito de los participantes con discernimiento. El Consentimiento Informado definido en el Código de Ética Profesional de 1999; “es la

libre expresión de la voluntad del paciente o cliente para aceptar el uso de instrumentos de diagnóstico o tratamiento en fase experimental, previa información veraz, precisa y detallada, por parte del profesional correspondiente, respecto de la naturaleza de dicha atención profesional y de sus consecuencias, alcances y riesgos. (Código de ética profesional, 2008, p. 20)

2. Se debe resguardar el bienestar y los derechos de las personas que participan en la investigación. La Confidencialidad que refiere al cuidado y resguardo en el registro de los antecedentes de un paciente o cliente; ya sean, informes psicológicos, fichas clínicas, certificados u otros, que pueden ser conocidos por terceros por razones administrativas o profesionales.
3. Las investigadoras deberán solicitar autorización en los establecimientos Colaboradores del SENAME a las autoridades correspondientes, así como, además comunicar los objetivos, propósito y alcance de esta investigación.

3.8 Plan de análisis.

El plan de análisis estadístico descriptivo categorizó los datos y las variables de estudio a través de frecuencias y medidas de tendencia central, lo que indica la distribución más representativa a través del programa estadístico SPSS.

Tabla 1
Descripción del Plan de Análisis.

Objetivos	Análisis
Caracterizar datos sociodemográficos a padres/Madres u otros adultos significativos que tengan hijos/as en situación de institucionalización en la provincia de Valparaíso.	Análisis de Frecuencia.
Detectar la presencia de depresión en padres/Madres u otros adultos significativos que tengan hijos/as en situación de institucionalización en la provincia de Valparaíso.	Medidas de tendencia Central y análisis de Frecuencia.
Detectar la presencia de Estrés en padres/Madres u otros adultos significativos que tengan hijos/as en situación de institucionalización en la provincia de Valparaíso.	Medidas de tendencia Central y análisis de Frecuencia.
Detectar la presencia de Ansiedad en padres/Madres u otros adultos significativos que tengan hijos/as en situación de institucionalización en la provincia de Valparaíso.	Medidas de tendencia Central y análisis de Frecuencia.

Capítulo 4

4.1 Análisis descriptivo de la muestra.

Los participantes de esta investigación fueron 67 personas que constituyen a la muestra de carácter intencionada de Padres/ Madres o adultos significativos, que actualmente tienen hijos(as) en situación de institucionalización. La muestra se recolectó en las diversas residencias de protección que existen en la Provincia de Valparaíso,

La Versión abreviada de las Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) son tres escalas de autorreporte dimensional que evalúan la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se responde de acuerdo a la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos. Cada escala tiene siete ítems y su puntaje total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos. La escala de Depresión evalúa disforia, falta de sentido, autodepreciación, falta de interés y anhedonia. La escala de Ansiedad considera síntomas subjetivos y somáticos de miedo, activación autonómica, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso. La escala de Estrés evalúa activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia (Román, Santibáñez y Vinet, 2016).

Román, Santibáñez y Vinet (2016), en su estudio del “Uso de la escala DASS 21, como Instrumento de Tamizaje”, proponen los siguientes puntajes de corte: Para la escala de Depresión donde se propone un punto de corte de 6 (>5), el cual tiene una sensibilidad de 88,46 y una especificidad de 86,77; para la escala de Ansiedad se propone un punto de corte de 5 (>4), el cual tiene una sensibilidad de 87,50 y una especificidad de 83,38. Finalmente para la escala de Estrés,

el punto de corte propuesto es 6 (>5), el cual tiene una sensibilidad de 81,48 y una especificidad de 71,36. Lo que ayudo a determinar el análisis correspondiente para esta investigación.

4.2 Resultados de la escala abreviada DASS 21 de Depresión, Ansiedad y Estrés.

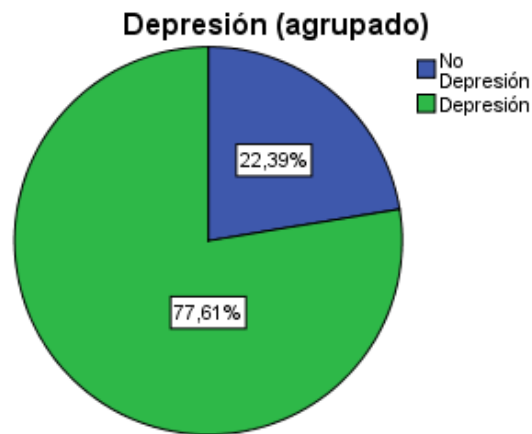


Gráfico 1: Distribución de la Muestra según la variable Depresión

En el gráfico de torta se puede reflejar los resultados respecto de la presencia de depresión en padres/madres o adultos significativos con hijos(as) en situación de institucionalización, siendo el porcentaje mayor y significativo en cuanto a la depresión de un 77,9%, de la muestra total, mientras que el 22,4% alude a la no presencia de esta variable.

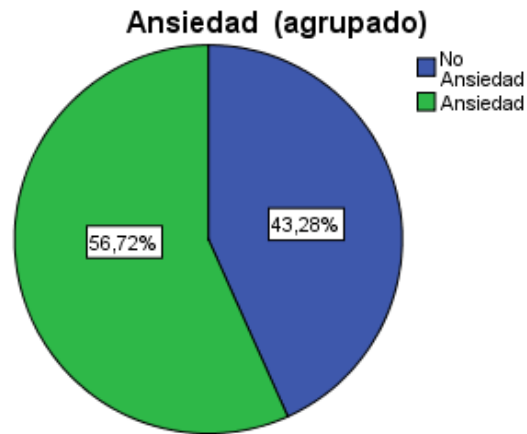


Gráfico 2: Distribución de la Muestra según la variable Ansiedad.

En el gráfico de torta se puede reflejar en los resultados respecto de la presencia de ansiedad en padres/madres o adulto significativo con hijos(as) en situación de institucionalización, siendo el porcentaje mayor y significativo en cuanto a la ansiedad es de un 56,72% mientras que el 43,28% refleja la no presencia de esta variable.



Gráfico 3: Distribución de la Muestra según la variable Estrés.

En el gráfico de torta se puede reflejar en los resultados respecto de la presencia de estrés en padres/madres o adulto significativo con hijos(as) en situación de institucionalización, siendo el porcentaje mayor y significativo en cuanto al estrés es de un 94,3 %, mientras que el 5,97% refleja la no presencia de esta variable.

4.3. Resultados Cruzados de las Variables Depresión, Ansiedad y Estrés.

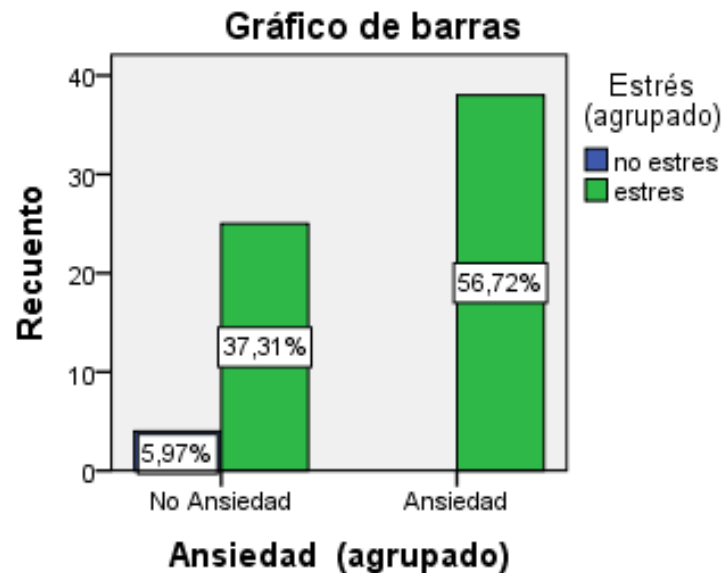


Gráfico 1: Tabla cruzada de las variables ansiedad y estrés.

El gráfico de barras refleja que un 56,7% de la muestra que presentan simultáneamente ansiedad y estrés. Mientras que no existen sujetos de la muestra que presenten ansiedad y no estrés. Un 37% de los sujetos no presentan ansiedad, pero si presentan estrés. El 5,9% de los sujetos no presenta ansiedad y tampoco presentan estrés.

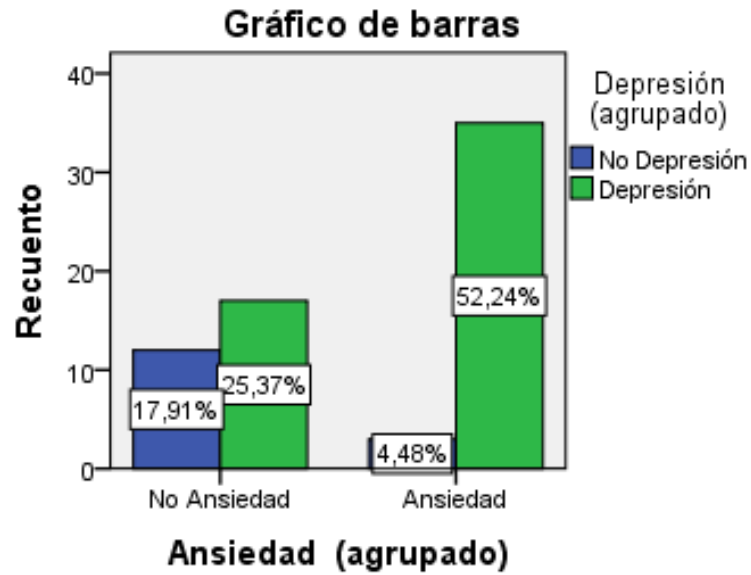


Gráfico 2: Tabla cruzada de las variables de ansiedad y depresión.

El gráfico de barras refleja que un 52% de la muestra presentan simultáneamente ansiedad y depresión. Mientras que un 4,4% de los sujetos de la muestra presentan ansiedad y no depresión. El 25,3% de los sujetos no presentan ansiedad, pero si presentan depresión. Por último, el 17,9% del total de la muestra no presenta ansiedad y no presenta depresión.

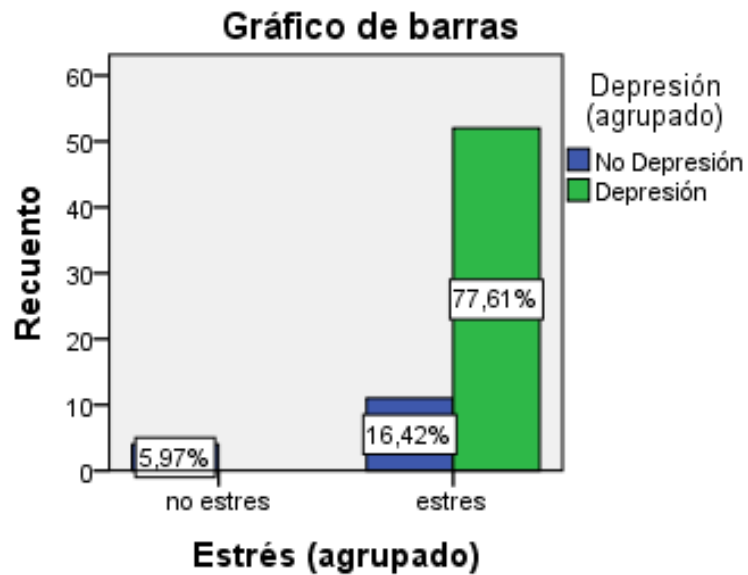


Gráfico 3: Tabla cruzada de las variables de estrés y depresión.

El gráfico de barras refleja que un 77,6% de la muestra presentan estrés y depresión simultáneamente. Mientras que un 16,4% presentan estrés, pero no depresión. No existen sujetos de la muestra que no presenten estrés, pero si depresión. El 5,9% de los sujetos de la muestra no presentan estrés y no presentan depresión.

4.4 Resultados sociodemográficos de la Muestra.

Se realizó un análisis de frecuencia respecto de la edad los NNA institucionalizados cuyos padres/madres o adulto significativo respondieron la encuesta sociodemográfica. En la tabla se puede apreciar que de 0 a 6 años son 25 los NNA que representan a un 37,3%; que de 7-14 años hay 34 NNA que representan a un 50,7%; y de 15-18 años son 8 los NNA que representan a un 11,9%. (ver tabla 1)

Tabla 1
Descripción de frecuencia de edad del NNA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	de 0- 6 años	25	37,3	37,3	37,3
	de 7-14 años	34	50,7	50,7	88,1
	de 15-18 años	8	11,9	11,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se realizó un análisis de frecuencia respecto del género de los NNA institucionalizados cuyos padres/madres o adulto significativo respondieron la encuesta sociodemográfica. Se realiza un recuento de 44 mujeres correspondientes al 65,7% mayoritariamente y 23 hombres correspondientes al 34,3%. (ver tabla 2)

Tabla 2
Descripción de frecuencia de género del NNA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	23	34,3	34,3	34,3
	Femenino	44	65,7	65,7	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En la tabla se puede apreciar las ciudades donde están ingresados en residencias los niños, niñas y adolescentes, cuyos padres/madres o adulto significativo que otorgaron la información en la encuesta sociodemográfica. Donde se refleja que 40 de los NNA están en la ciudad de Valparaíso correspondiente al 59,7%, mientras que 26 de los NNA se encuentran en la ciudad de Viña del Mar correspondiente al 38,8%. (ver tabla 3)

Tabla 3

Ciudad donde se encuentra la Institución del NNA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Viña del Mar	26	38,8	38,8	38,8
	Villa Alemana	1	1,5	1,5	40,3
	Valparaíso	40	59,7	59,7	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En la tabla se puede apreciar la nacionalidad de los niños, niñas y adolescentes, cuyos padres/madres o adulto significativo que otorgaron información en la encuesta sociodemográfica. La totalidad de la muestra correspondiente a la cantidad de 67 NNA son de nacionalidad chilena. (ver tabla 4)

Tabla 4

Nacionalidad del NNA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Chilena	67	100,0	100,0	100,0

En la tabla se puede apreciar la escolaridad de los niños, niñas y adolescentes, cuyos padres/madres o adulto significativo que otorgaron la información en la encuesta sociodemográfica. Se rescatan los porcentajes más representativos en donde predomina 19 NNA cursando el nivel kínder correspondiente a un 28,4%, posteriormente 11 de los NNA están cursando cuarto básico correspondiente a un 16,4%, siguiendo con 12 de los NNA que cursan quinto básico correspondiente a un 17,9% y por último 12 de los NNA que están en un nivel de escolaridad mayor a sexto básico corresponden a un 17,9%. (ver tabla 5)

Tabla 5
Escolaridad del NNA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Kínder	19	28,4	28,4	28,4
	Primero Básico	4	6,0	6,0	34,3
	Segundo Básico	3	4,5	4,5	38,8
	Tercero Básico	2	3,0	3,0	41,8
	Cuarto Básico	11	16,4	16,4	58,2
	Quinto Básico	12	17,9	17,9	76,1
	Sexto Básico	4	6,0	6,0	82,1
	Otros	12	17,9	17,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En la tabla se puede apreciar si existe o no alguna discapacidad en los niños, niñas y adolescentes, cuyos padres/madres o adulto significativo que otorgaron la información en la encuesta sociodemográfica. Donde 13 NNA correspondientes a un 19,4% si presentan algún tipo de discapacidad, mientras que 54 de los NNA correspondientes a un 80,6% no presentan discapacidad. (ver tabla 6)

Tabla 6
Presenta Alguna Discapacidad el NNA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	13	19,4	19,4	19,4
	No	54	80,6	80,6	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se puede apreciar en la tabla que tipo de discapacidad hay en los niños, niñas y adolescentes, cuyos padres/madres o adulto significativo que otorgaron la información en la encuesta sociodemográfica. La que predomina mayoritariamente es la visual con 11 NNA que corresponden a un 16,4%. (ver tabla 7)

Tabla 7
Tipo de Discapacidad del NNA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Visual	11	16,4	84,6	84,6
	Motora	1	1,5	7,7	92,3
	Otra	1	1,5	7,7	100,0
	Total	13	19,4	100,0	
Perdidos	Sistema	54	80,6		
Total		67	100,0		

Se puede apreciar en la tabla alguna enfermedad crónica que presentan los niños, niñas y adolescentes, cuyos padres/madres o adulto significativo que otorgaron la información en la encuesta sociodemográfica. En donde 16 de los NNA corresponden a un 23,9% que, si presentan alguna enfermedad crónica, mientras que 51 de los NNA no presenta enfermedad crónica. (ver tabla 8)

Tabla 8
Enfermedad Crónica del NNA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	16	23,9	23,9	23,9
	No	51	76,1	76,1	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se puede apreciar en la tabla que tipo de enfermedad crónica presentan los niños, niñas y adolescentes, cuyos padres/madres o adulto significativo que otorgaron la información en la encuesta sociodemográfica. En donde la que predomina mayoritariamente como enfermedad crónica es el asma correspondiente al 13, 4% de los NNA de la muestra. (ver tabla 9)

Tabla 9
Tipo De Enfermedad Crónica del NNA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Asma	9	13,4	56,3	56,3
	Obesidad	2	3,0	12,5	68,8
	Alergias	3	4,5	18,8	87,5
	Diabetes	1	1,5	6,3	93,8
	Otras	1	1,5	6,3	100,0
	Total	16	23,9	100,0	
Perdidos	Sistema	51	76,1		
Total		67	100,0		

Se puede apreciar en la tabla respecto del tiempo de institucionalización de los niños, niñas y adolescentes, cuyos padres/madres o adulto significativo que otorgaron la información en la encuesta sociodemográfica. En donde la que predomina mayoritariamente es el rango de más de un año correspondiente a un 56,7% de los NNA. (ver tabla 10)

Tabla 10

Descripción de frecuencia del tiempo de Institucionalización del NNA.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 a dos meses	4	6,0	6,0	6,0
	3 a 5 meses	6	9,0	9,0	14,9
	6 meses a 1 año	19	28,4	28,4	43,3
	Más de 1 año	38	56,7	56,7	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se puede apreciar en la tabla el rango de edad de los padres/madres o adulto responsable que otorgaron la información en la encuesta sociodemográfica. Donde se refleja de forma predominante los rangos de 41-50 años con un 32,8% de la muestra total; del 51-60 años con un 19,4% y por último de 61-70 años con un 23,9% de la muestra total. (ver tabla 11)

Tabla 11

Edad del Adulto Responsable

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	21 a 30 años	1	1,5	1,5	1,5
	31 a 40 años	12	17,9	17,9	19,4
	41 a 50 años	22	32,8	32,8	52,2
	51 a 60 años	13	19,4	19,4	71,6
	61 a 70 años	16	23,9	23,9	95,5
	71 a 80 años	3	4,5	4,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En cuanto al género de los padres/madres o adulto responsable que otorgaron la información en la encuesta sociodemográfica. Donde mayoritariamente 52 sujetos corresponden a mujeres con un 77,6% y 15 hombres correspondientes al 22,4%. (ver tabla 12)

Tabla 12
Género del Adulto Responsable

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	15	22,4	22,4	22,4
	Femenino	52	77,6	77,6	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En cuanto al parentesco de los padres/madres o adulto responsable que visitan a los NNA institucionalizados los que otorgaron información en la encuesta sociodemográfica. Se puede apreciar que 23 de los sujetos de la muestra total corresponden al parentesco de abuela con un 34,3%; mientras que 14 de los sujetos corresponden al parentesco de madre con un 20,9%; y por último 11 sujetos corresponden al parentesco de tía con un 16,4% de la muestra total. (ver tabla 13)

Tabla 13
Parentesco del Padre/Madre o adulto significativo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Padre	2	3,0	3,0	3,0
	Madre	14	20,9	20,9	23,9
	Abuelo	8	11,9	11,9	35,8
	Abuela	23	34,3	34,3	70,1
	Tío	6	9,0	9,0	79,1
	Tía	11	16,4	16,4	95,5
	Otro	3	4,5	4,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En cuanto a la cantidad de personas que viven en el hogar de los padres/madres o adulto responsable los cuáles otorgaron información en la encuesta sociodemográfica. Se puede apreciar que 15 de los sujetos respondieron que viven cinco personas en su hogar correspondiente al 22,4 %, a su vez 20 de los sujetos responden que cuatro personas viven en su hogar correspondiente al 29,9% y para finalizar 26 sujetos respondieron que viven más de cinco personas en su hogar correspondiente a un 38,8%. (ver tabla 14)

Tabla 14
Número de Personas que Viven en su Hogar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	2	3,0	3,0	3,0
	3	4	6,0	6,0	9,0
	4	20	29,9	29,9	38,8
	5	15	22,4	22,4	61,2
	Más	26	38,8	38,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En cuanto a la ciudad donde viven los padres/madres o adulto responsable que otorgaron información en la encuesta sociodemográfica. Se puede apreciar que 24 de los sujetos reside en Valparaíso que corresponde a un 35,8% de la muestra total, 14 de los sujetos de la muestra viven en la ciudad de Viña del Mar (20,9%); mientras que simultáneamente se presenta un porcentaje de 16, 4% en sujetos que viven en las ciudades de Quilpué y Villa Alemana. Por último, solo 7 sujetos residen en la ciudad de Limache (10,4%). (ver tabla 15)

Tabla 15
Ciudad del Adulto Responsable

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Viña del Mar	14	20,9	20,9	20,9
	Quilpué	11	16,4	16,4	37,3
	Villa Alemana	11	16,4	16,4	53,7
	Limache	7	10,4	10,4	64,2
	Valparaíso	24	35,8	35,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En cuanto a la nacionalidad de los padres/madres o adulto responsable que otorgaron información en la encuesta sociodemográfica. Se puede apreciar que la totalidad de la muestra correspondiente a la cantidad de 67 sujetos es de nacionalidad chilena. (Ver tabla 16)

Tabla 16
Nacionalidad del Adulto Responsable

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Chilena	67	100,0	100,0	100,0

En cuanto a la escolaridad de los padres/madres o adulto responsable que otorgaron información en la encuesta sociodemográfica. Se rescatan los porcentajes más representativos en donde predomina el nivel de escolaridad de media completa con 18 sujetos (26,9%) de la muestra total; posteriormente la escolaridad media incompleta con 15 sujetos (22,4); se presenta de forma simultánea el nivel de escolaridad básica incompleta y básica completa correspondiente a un 17,9% de la muestra total. (ver tabla 17)

Tabla 17
Escolaridad del Adulto Responsable

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Básica Incompleta	12	17,9	17,9	17,9
	Básica Completa	12	17,9	17,9	35,8
	Media Incompleta	15	22,4	22,4	58,2
	Media Completa	18	26,9	26,9	85,1
	Técnico	10	14,9	14,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En cuanto a si presentan alguna enfermedad crónica los padres/madres o adultos responsables que otorgaron información en la encuesta sociodemográfica. Se puede apreciar que 37 sujetos respondieron que si presentan alguna enfermedad crónica (55,2%), mientras que 30 sujetos respondieron que no presentan enfermedad crónica, correspondiente a un 44,8% de la muestra total. (ver tabla 18)

Tabla 18
Presenta Enfermedad Crónica el Adulto Responsable

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	37	55,2	55,2	55,2
	No	30	44,8	44,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En cuanto a que tipo de enfermedad crónica presentan los padres/madres o adultos responsables que otorgaron información en la encuesta sociodemográfica. Se puede apreciar que los tipos de enfermedades más representativos son hipertensión con un 22,4% y diabetes con un 13,4% de la muestra total. (ver tabla 19)

Tabla 19
Tipo de Enfermedad Crónica del Adulto Responsable

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diabetes	9	13,4	24,3	24,3
	Hipertensión	15	22,4	40,5	64,9
	Asma	7	10,4	18,9	83,8
	Hipo-Hipertiroidismo	3	4,5	8,1	91,9
	Enfermedad Coronaria	2	3,0	5,4	97,3
	Otros	1	1,5	2,7	100,0
	Total	37	55,2	100,0	
Perdidos	Sistema	30	44,8		
Total		67	100,0		

En cuanto a la situación laboral de los padres/madres o adultos responsables que otorgaron información en la encuesta sociodemográfica. Se puede apreciar que los datos más representativos de la totalidad de la muestra es la situación independiente con 39 sujetos (58,2%), mientras que 14 sujetos indicaron que se encuentran con trabajos esporádicos (20,9%) y por último 7 sujetos de la muestra total indicaron que se encuentran en situación de cesantía (10,4%). (ver tabla 20)

Tabla 20
Situación Laboral del Adulto Responsable

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cesantía	7	10,4	10,4	10,4
	Honorarios	4	6,0	6,0	16,4
	Contrata	3	4,5	4,5	20,9
	Trabajos				
	Esporádicos	14	20,9	20,9	41,8
	Independiente	39	58,2	58,2	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En cuanto a las frecuencias de visitas que realizan los padres/madres o adulto responsables a los NNA. Se puede apreciar que en los rangos de 1-2 veces por semana respondieron 21 sujetos con un (31,3%) de la muestra, 30 de los sujetos indicaron que visita dos veces al mes lo que corresponde a un 44,8%; posteriormente 10 sujetos indicaron que visita una vez al mes lo que corresponde a un 14,9% y por último solo 6 sujetos de la muestra total indicaron que una vez cada dos meses visita al NNA correspondiente a un 9%. (ver tabla 21)

Tabla 21
¿Cuánto Tiempo al mes Visita al NNA?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 a 2 veces por Semana	21	31,3	31,3	31,3
	Dos veces al mes	30	44,8	44,8	76,1
	Una vez al Mes	10	14,9	14,9	91,0
	una vez cada dos meses	6	9,0	9,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En relación a la interrogante si ¿le gustaría que su hijo(a) volviera a vivir con usted?, los padres/ madres o adultos responsables que otorgaron la información en la encuesta sociodemográfica. Existen 62 sujetos que indicaron que si les gustaría que su hijo(a) volviera a vivir con ellos (92,5%), mientras que 5 de los sujetos de la muestra total indicaron que solo a veces les gustaría que su hijo(a) volviera a vivir con ellos (7,5%). (ver tabla 22)

Tabla 22
¿Le gustaría que su hijo/a volviera a vivir con usted?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	62	92,5	92,5	92,5
	A Veces	5	7,5	7,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En cuanto al ingreso económico de los padres/ madres o adultos responsables que otorgaron la información en la encuesta sociodemográfica. Un 34,3% de los sujetos indicaron que si es suficiente su ingreso económico para solventar sus gastos básicos (23 sujetos), mientras que un 10,4% de los sujetos indicaron que no es suficiente el ingreso económico para cubrir sus gastos básicos (7 sujetos); y finalmente 55,2% de la muestra total indicó que solo a veces es suficiente sus ingresos económicos para solventar los gastos básicos de su hogar (37 sujetos). (ver tabla 23)

Tabla 23

¿Su Ingreso Económico es Suficiente para Cubrir o solventar los gastos Básicos del Hogar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	23	34,3	34,3	34,3
	No	7	10,4	10,4	44,8
	A Veces	37	55,2	55,2	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

En cuanto a quien está a cargo de sostener económicamente el hogar de los padres/ madres o adultos responsables que otorgaron la información en la encuesta sociodemográfica. Donde se refleja mayoritariamente a 29 sujetos correspondiente al parentesco de abuelo, que está a cargo de sostener el hogar con un 43,3%; mientras que 16 sujetos correspondiente al parentesco de tío con un 23,9% están a cargo de sostener el hogar y finalmente 10 sujetos que no corresponden a un parentesco directo del NNA indicaron con un 14,9% que están a cargo de sostener el hogar. (ver tabla 24)

Tabla 24

¿Quién está a cargo de sostener el Hogar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Padre	2	3,0	3,0	3,0
	Madre	6	9,0	9,0	11,9
	Abuelo	29	43,3	43,3	55,2
	Abuela	3	4,5	4,5	59,7
	Tío	16	23,9	23,9	83,6
	Tía	1	1,5	1,5	85,1
	Otro	10	14,9	14,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Capítulo 5

Conclusiones

5.1 Discusiones de resultados

El objetivo de este estudio fue poder determinar la descripción de depresión, ansiedad y estrés en padres/madres u otros adultos significativos con hijos/as en situación de institucionalización en la provincia de Valparaíso, lo que se pudo medir a través de la escala abreviada de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21) validado en Chile Antúnez y Vinet (2011). En los resultados se evidencio que la variable estrés fue la más predominante con un 94% de la muestra total, mientras que la variable depresión corresponde a un 77,6% y finalmente la variable ansiedad arrojó un 56,7%.

También a través de una encuesta sociodemográfica se recogieron los datos más relevantes de la muestra tales como que el 32,8% de los adultos responsables se encuentran en un rango etáreo de 41-50 años, principalmente de género femenino con un 77,6% y siendo el parentesco abuela de 34,3% de la muestra total, siendo el parentesco más frecuente podemos inferir también que es quien más visita y que desea que los niños(as) y adolescentes regresen a vivir en el hogar, se logró cumplir con el objetivo específico planteado inicialmente de poder caracterizar datos sociodemográficos en padres/madres u otros adultos significativos a cargo de hijos(as) en situación de institucionalización en la provincia de Valparaíso.

El instrumento DASS 21 sirvió para identificar con claridad, los sujetos de la muestra total de este estudio que presentaron simultáneamente ansiedad y estrés frente al proceso de institucionalización de sus hijos(as) abarcando un 56,7% de la muestra. Por otro lado, el 52,3%

presentó ansiedad y depresión a la vez, en el mismo proceso. Para finalizar el análisis cruzado de estas variables el 77,6% de los sujetos presentaron estrés y depresión de forma simultánea.

Se logra evidenciar en ese estudio que la variable estrés está considerablemente aumentada en comparación con las otras variables. “El estrés entendido como la respuesta ante los sucesos que amenazan o ponen en conflicto a una persona” (Feldman, 2003, p. 380). Por tanto, se puede describir que éstos padres/madres o adultos significativos, frente a la situación de institucionalización de sus hijos/as en residencias de protección, presentaron un alto nivel de estrés, donde se ven afectados y podrían visualizarse con pocas estrategias de afrontamiento.

Aunque ha habido avances en relación con la institucionalidad para la protección a la infancia en Chile, actualmente no se cuenta con un sistema integral, sino más bien con organismos que operan en forma desarticulada, se generan importantes problemáticas de coordinación con otros servicios públicos y grandes diferencias en la sistematización y manejo de información acerca de los NNA que atienden. Lamentablemente ha implicado dejar en un plano secundario la tarea de prevención (Centro de políticas públicas UC, 2017) .

La responsabilidad no solo es exclusivamente del Sename. La falta de políticas públicas para las familias es completamente transversal y generalizada en nuestro país. Los asuntos que conciernen a esta institución han sido abordados desde una perspectiva segmentada y sectorial; es decir, sin considerar a la familia como un conjunto, sino preocupándose aisladamente de los individuos que la componen (en este caso los niños), así como de problemas reales pero que exigen una perspectiva más amplia (pobreza, violencia intrafamiliar, abuso sexual, abandono, trabajo infantil, conductas de riesgo, etc.) (Siles, 2017).

Destacando los conceptos tales como pobreza, violencia intrafamiliar, abuso sexual, abandono, trabajo infantil y conductas de riesgo, Siles (2017), se puede desprender

características similares a las familias multiproblemáticas, descritas por los autores Gómez, Muñoz y Haz (2007) como un sistema vulnerable de alto riesgo para todos sus miembros, es un conjunto del resquebrajamiento de la matriz de cariño y protección generan el entramado de vulneración. Pero se debe mencionar que todo esto queda en un marco desde lo teórico ya que la articulación de la ficha sociodemográfica y posteriormente los resultados obtenidos no lograron englobar todas las dimensiones que están insertas en las familias multiproblemáticas, por lo que no se puede dar datos concretos respecto de las familias que constituyeron este estudio.

Es necesario proporcionar ayuda a las familias, sin pretender sustituirlas. Evitando la creación de un vínculo de dependencia de los Servicios que proporciona el Estado, es uno de los objetivos fundamentales, puesto que esto completa el proceso de desorganización ya iniciado. (Rodríguez, 2003).

Sin embargo, de acuerdo a la literatura revisada exhaustivamente por partes de las investigadoras, lograron concluir que existen deficiencias por parte del Estado en todo el proceso que conlleva la institucionalización de sus hijos(as) y de la estigmatización que se tienen de estos padres respecto de la deficiencia en sus competencias parentales. Pero es donde surge la pregunta ¿Se podrían generar políticas preventivas en Chile para las familias, entorno a la institucionalización en residencias de protección de los NNA?.

5.2 Limitaciones del estudio.

- La falta de investigaciones en Chile que logren visibilizar la temática de este estudio, lo que conlleva a una inexistencia de cifras concretas lo que generó desventaja sobre el objetivo general planteado.
- Debido a las sobre intervenciones realizadas a los padres/madres o adultos significativos que se generan en los centros residenciales colaboradores de Sename, fue una de las causales más relevantes que impidieron acceder de forma idónea frente a la muestra que este estudio requirió.
- Se generaron dificultades en la muestra seleccionada, porque se les hizo difícil asociar el instrumento (DASS 21) a su vivencia actual respecto del proceso de institucionalización de sus hijos(as), ya que la articulación del instrumento es más bien generalizada a diversas situaciones y no contextualizado específicamente en su sentir frente a este proceso.
- No se pudo generar un análisis exhaustivo de las familias de este estudio al haber aplicado la ficha sociodemográfica elaborada, porque debido a los procesos judiciales en los que se encuentran estas familias.
- Limitaciones en cuanto al tiempo y a los requerimientos que cada institución tuvo frente al estudio, para de esta forma acceder a la muestra que se requirió.

Referencias

- Acuña, M., (2013). *El principio de corresponsabilidad parental*. Recuperado de: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-97532013000200002
- Antúnez, Z., Vinet, E., (2011). *Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión Abreviada en Estudiantes Universitarios*. (Terapia Psicológica). 30 (3) 49-55.
- Barcelata, B., Alvarez, I., (2005). *Patrones de Interacción Familiar de Madres y Padres Generadores de Violencia y Maltrato Infantil*. (Universidad Nacional Autónoma de México).
- Barudy, J,y Dantagnan M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Editorial Gedisa, Barcelona, España.
- Barudy, J,y Marquebreucq A. (2006). *Hijos e hijas de madres resilientes*. Editorial Gedisa, Barcelona, España.
- Barudy, J. (2001). *Maltrato Infantil Ecología Social: Prevención y Reparación*. Editorial Gedisa, Barcelona, España.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Editorial Paidós Ibérica, S.A, Barcelona, España.
- Bowlby, J. (2006). *vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid, España: Editorial Morata, S. L. Quinta Edición.
- Calderón, D., (2015). "Estrategias de Intervención para Suscitar Competencias Parentales en las Familias de Origen de Niños y Niñas Vulnerados en sus Derechos". Memoria para Optar al Título de Psicóloga. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología. Extraído de:

[file:///C:/Users/gabri/Downloads/Memoria%20de%20T%C3%ADtulo%20Denise%20Calder%C3%B3n%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/gabri/Downloads/Memoria%20de%20T%C3%ADtulo%20Denise%20Calder%C3%B3n%20(1).pdf)

Campbell, O. Figueroa, A. (2001). *Impacto del Autismo en la Familia. La percepción de los padres*. (Colegio de Psicólogos). 6 (1), 6-14.

Campoverde, K., (2015). *El síndrome del nido vacío y su influencia en los estados Depresivos de padres con hijos que migran fuera del País, en los Habitantes del cantón Chaguarpamba Provincia del Loja, periodo 2014-2015*. (Universidad Nacional de Loja, Área de la salud Humana, Carrera de Psicología Clínica. Loja, Ecuador). Extraído de:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/14193/1/TESIS%20KATHERINE%20CAMPOVERDE.pdf>

Capponi, R., (2013). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Extraído de: http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/SICOLOGIA_5192.PDF

Carmona, E., Martinez, G., Niño-Jiménez, L., Rodriguez, A., Sierra, P., y Uribe, C., (2009). *Estilos Vinculares y afrontamiento de la pareja en la transición del nido vacío*. (Universidad Piloto de Colombia). Extraído de:

http://www.contextos-revista.com/Revista%202/A1_Estilos_vinculares.pdf

Centro de Políticas Públicas UC. (2017). "Protección a la Infancia Vulnerada en Chile: la gran deuda pendiente. Propuesta desde la UC. Pontificia Universidad Católica de Chile. Extraído de: [file:///C:/Users/gabri/Downloads/Paper-N%C2%BA-101-Protecci%C3%B3n-a-la-infancia-vulnerada-en-Chile%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/gabri/Downloads/Paper-N%C2%BA-101-Protecci%C3%B3n-a-la-infancia-vulnerada-en-Chile%20(1).pdf)

Código de Ética Profesional 1999. 2da. Edición.

Contreras, D. Cooper, R. Hermann, J. y Neilson, C. (2005). *Movilidad y Vulnerabilidad en Chile*.

Extraído de:

<http://www.econ.uchile.cl/uploads/publicacion/0ec0ca5b-3d74-467d-a756-c4bc1b290f50.pdf>

Contreras, J., Rojos, V., Contreras, L. (2015). “*Análisis de Programas Relacionados con la Intervención niñas, niños y adolescentes Vulnerados en sus Derechos: La Realidad Chilena. Psicoperspectivas*”, 14 (1), 89-102.

Extraído de:

<file:///C:/Users/gabri/Desktop/analisis%20de%20programas%20relacionados%20con%20la%20internación%20con%20NNA%202015.pdf>

Córdova, M. (2001). *La técnica del libro de la vida y sus implicancias: un trabajo por la historia memoria e identidad de niños institucionalizados*. (Universidad de Chile, Santiago de Chile).

Curimil, C. (2014). “*Infancia, historia y escritura Reflexiones sobre el lugar de la historia y memoria en niños pequeños a partir de una experiencia de Observación y Acompañamiento terapéutico al interior de una residencia de protección de Lactantes y pre escolares*”. Memoria para optar al título profesional de Psicóloga. Universidad de Chile.

Extraído de: <file:///C:/Users/gabri/Desktop/tesis/Memoria%20de%20Título%20Infancia,%20historia%20y%20escritura-Claudia%20Curimil.pdf>

Da Costa, J., (2015). “*El Niño y la construcción de un nuevo vínculo, desde las Instituciones*”. Trabajo Final de Grado. Universidad de la República. Uruguay. Extraído de:

https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_joyce_da_costa_0.pdf

Delgado, A. (2004). *Estados Actual de la Teoría del Apego*. (Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del Adolescente. Sevilla, España). 4 (1); 65-8.

Díaz, C. Toro, H. (2017). *Estudio sobre la percepción de los Psicólogos que trabajan en rehabilitación de competencias parentales en COSAM de la Región Metropolitana, acerca de los procesos que siguen aquellos padres que están en riesgo de perder o han perdido el cuidado personal de sus hijos*. (Tesina para optar al título de Psicólogo. Universidad academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile). Extraído de:

<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/3976/TPSICO%20676.pdf?sequence=1>

Feldman, R. (2003). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. Editorial, McGraw-Hill Companies, Inc. 4 Edición. D.F, México.

Fergusson I, León F. (2009). *Madres que tienen hijos/as Institucionalizados/as*. (Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago de Chile).

Fernández, M., García, M., Berrocal, M., Benítez, A., Robles, C., y Laynes, C., (2013) *Experiencias y cambios en los padres de niño con parálisis cerebral infantil: Estudio Cualitativo*. (Facultad de Psicología. Universidad de Granada. España). 36 (1), 9-20.

Garrido, L. (2006). *Apego, Emoción y Regulación Emocional. Implicancias para la Salud*. (Universidad Católica del Maule, Talca, Chile. Revista Latinoamericana de Psicología). 38(3), 493-507

Geymonat, N. (2016). Duelo en Madres que han Perdido un Hijo de Manera Inesperada. Trabajo Final de Grado. (Universidad de la República, Facultad de Psicología, Uruguay)

Gómez E, Haz A. (2008). *Intervención Familiar Preventiva en Programas Colaboradores del SENAME: La perspectiva del Profesional*. Santiago de Chile.

Gómez E, Muñoz M, Haz A. (2007). *Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención*. Psykhe 16 (2), 43-45.

Gómez, E., Romero, E., Durán, C., (2016). "Estrés y Afrontamiento en niños Institucionalizados y no Institucionalizados". Extraído de:

[file:///C:/Users/claudia/Downloads/161-410-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/claudia/Downloads/161-410-1-PB%20(1).pdf)

Grau, C. Espada, M. (2012). *Percepción de los padres de niños enfermos de Cáncer sobre los Cambios en las Relaciones Familiares*. (Psicooncología). 9, 125-136.

Hernández, R. Fernández, C. Batista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: 6ta. Edición Editorial Mc Graw Hill Education.

Herrera Santí, Patricia María. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 591-595. Extraído el 10 de diciembre de 2017, de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251997000600013&lng=es&tlng=es

Jiménez, F., Loscertales, M., Martínez, A., Merced, M., Lanzarote, D., Macias, C., y Nieto, C., (2003) *Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, Impacto Emocional y Familiar*. (Hospital

Infantil Universitario Virgen del Rocio. Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla).
Vox Paediatrica. 11, (2), 27-33.

Malacre, D., (2014). *Desarrollo Emocional en Niños Institucionalizados*. (Trabajo Final de Grado, Universidad de la República, Facultad de Psicología). Uruguay.

Marchant, M. & Petersen, R. (2014). La Transparencia de la Pobreza: Reflexión sobre lo Íntimo y lo Privado en Intervenciones Psicosociales con Grupos Familiares que Viven en Situación de Pobreza y Exclusión. *Revista Latinoamericana de Psicología Social* Ignacio Martín-Baró, 3(1), 175-188

Ministerio de Desarrollo Social. (2016). *Informe de Desarrollo Social*. (Gobierno de Chile).

Morales, C., (2012). *Institucionalización de niños en Chile (Primera parte)*. Recuperado de:
<https://infanciaypolitica.wordpress.com/2012/02/23/institucionalizacion-de-ninos-en-chile-primera-parte/>

Navarrete, L. (2016). “Niños institucionalizados subjetividad y modelo de intervención terapéutica de reparación”. (Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile).
Extraído de:
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/3980/TPSICO%20680.pdf?sequence=1>

Paiva, P. (2015). *Duelo en padres que perdieron un hijo*. (Trabajo Final de Grado Modalidad Monografía, Universidad de la República Uruguay, Montevideo). Extraído de:
http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado_paula_paiva.pdf

Puyana, Y., y Mosquera, C. (2005). *Traer “hijos o hijas al mundo”: significados culturales de la paternidad y la maternidad.* Extraído de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2005000200005

Rojas, K. (2013). *Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva.* (Rev Med Inst Mex Seguro Soc). 51(6); 606-9.

Ríos, D., (2015) *Acompañamiento Psicosocial en el Proceso de Transición del Nido Vacío* (Universidad Pontificia Boliviana. Escuela de Ciencias Sociales. Especialización en Familia). Extraído de: http://biblioteca.upbbga.edu.co/docs/digital_31295.pdf

Rodríguez, A., (2015). "*Familias de Orígenes: Percepciones al respecto de las Problemáticas que Dificultan la Vinculación con menores Institucionalizados*". Tesis de pregrado para optar al pregrado de Trabajadora Social. Universidad Alberto Hurtado, Chile.

Extraído de: <file:///C:/Users/gabri/Downloads/TRSAAnaRodriguez.pdf>

Rodríguez, M. (2003). " La Familia Multiproblemática y el Modelo Sistémico". Extraído de: <file:///C:/Users/gabri/Downloads/b15148221.pdf>

Román, F., Santibáñez, P., Vinet, E. (2016). “*Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS 21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos*”. Acta de Investigación Psicológica. 6 (1), 2325- 2326. Extraído de: <file:///C:/Users/gabri/Downloads/1-s2.0-S2007471916300539-main.pdf>

Rubiños, A. (2012). *Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos.* (Revista electrónica en ciencias sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías). 1 (1). 15-34.

Sanit. Navar. (2007). *Las Perdidas y sus Duelos*. (Unidad de cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Pamplona). 30 (3)

Schofield, G., Moldestad, B., Höjer, I., Ward, E., Skilbred, D., Young, J., Havik, T. (2010). *Managing Loss and a Threatened Identity: Experiences Of Children Growing Up in Foster Care, the Perspectives of their Social Workers and Implications for Practice [Manejando la Perdida y una identidad amenazada; Experiencias de padres de niños que crecen en hogares de menores, las perspectivas de sus trabajadores sociales y sus implicaciones para la Práctica]*. Inglaterra: Oxford University.

Sauré, S. (2001). *Contexto y Maltrato Infantil*. (Tesis para optar al grado de licenciado en trabajo social y tesis para optar al título de asistente social. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Chile)

SENAME., (2016). *Cuenta pública 2016*. Extraído de: <http://www.sename.cl/web/>

Sename., (2017). "*Orientaciones Para la Intervención Familiar con Niños y Niñas Institucionalizados*". Modelo de Intervención para la revinculación familiar de niños y niñas de 0 a 3 años que permanecen en residencias de protección.

Extraído de: <file:///C:/Users/gabri/Downloads/ORIENTACIONES-para-la-intervencion-familiar-con-ni%C3%B1os-institucionalizados.pdf>

Serracino, J., (2013). *Infancia Institucionalizada: Narrativas de la Experiencia de Familia del Programa de "Recuperación, Acompañamiento y Vinculación Familiar"*. (Sistematización de procesos de investigación. Acción y/o de intervención social). Extraído de: http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT22/GT22_Serracino.pdf

Siles, C. (2017). "Los Niños Invisibles del Sename, 6 Claves para el Debate". Instituto de Estudios de la Sociedad.

Extraído de: file:///C:/Users/gabri/Downloads/LOS-NIN%CC%83OS-INVISIBLES-DEL-SENAME_FINAL.pdf

Torres, S (2011) *Duelo en padres que han perdido hijos*. (Tesina para obtener el diplomado en Tanatología). Extraído de:

<http://www.tanatologia.amtac.com/descargas/tesinas/25%20Duelo%20en%20padres%20que%20han%20perdido%20hijos.pdf>

Unicef, 2005. "Desinternación en Chile, Algunas Lecciones Aprendidas". Serie reflexiones: Infancia y Adolescencia N° 4. Extraído de:

<file:///C:/Users/gabri/Downloads/WORKINGPAPER4a.pdf>

Valbuena, C. Saldarriaga, J. (2017). *Efecto Psicológico de la institucionalización en niños, niñas y adolescentes*. (Universidad católica de Pereira. México).